

Papeleo para Pacientes Nuevos

Estimado Paciente _____,

Gracias por escoger a Carolina Pulmonary, Critical Care and Sleep Medicine para su atención médica. Reconocemos que usted tiene alternativas y haremos todo lo posible para ganarnos y mantener su confianza en nosotros.

POR FAVOR TRAIGA LO SIGUIENTE A SU CITA:

- Formulario de la Información del Paciente ya Completado** (Completed Patient Information Form)
- Paquete de la Historia Médica y Exámen Físico del Paciente ya Completado** (Completed Patient History and Physical Packet)
- Tarjeta(s) de Seguro Médico** (Insurance Card(s))
- CD y reportes de Radiografía del pecho y/o estudio del sueño recientes** (CD and report of chest X-rays/scans and/or recent sleep study)
- Todos sus medicamentos actuales** (All of your current medications)

El Horario de Atención es 8:00 a.m. – 5:00 p.m.

Llamadas telefónicas Lunes a viernes 8:30 a.m. – 4:30 p.m. para llamadas de rutina, incluyendo surtido de recetas, programación de citas y preguntas sobre facturación.

Para Llamadas Fuera del Horario de Atención Por favor solamente haga llamadas de emergencia entre las 4:30 p.m. y las 9:00 a.m. Si necesita llamar fuera del horario de atención, por razones de rutina, nos reservamos el derecho de cobrarle \$25.00.

Política de Cancelación Por favor llame para cancelar cualquier cita al que no podrá presentarse, con al menos 24 horas de anticipación, para que podamos ofrecer el cupo a otros pacientes que necesiten tratamiento. Faltas múltiples podrían resultar en la exclusión de nuestro consultorio. La hora de su cita está reservada para usted, así que por favor avísenos con anticipación si usted no puede cumplir con esa cita.

El Seguro y Facturación del Paciente Como un servicio a nuestros pacientes, nosotros presentaremos, en su nombre, un reclamo a su seguro primario y, si aplica a su aseguradora del seguro secundario. Los copagos, el coseguro y los deducibles se deben pagar en el momento en que se prestan los servicios. Una detallada descripción de nuestras Políticas Financieras está exhibida en nuestra sala de espera y a la salida. Aceptamos como pago por los servicios prestados efectivo (incluyendo giros monetarios y cheques personales) tarjetas Visa/MasterCard/Discover.

POR FAVOR NO USE PERFUME, COLONIA O LOCIÓN PERFUMADA CUANDO VISITE NUESTRO CONSULTORIO YA QUE PUEDE AGRAVAR LOS PROBLEMAS RESPIRATORIOS DE OTRAS PERSONAS.

Por favor guarde esta hoja para su referencia.

Historia Médica del Paciente (Patient Medical History)

Nombre (Name): _____

Edad (Age): _____ **Fecha (Date):** _____ **Médico que lo Refirió (Referring Physician):** _____

Por favor, complete todas las preguntas que correspondan.

¿Cuál es la razón principal de su visita de hoy? (What is the primary reason for your visit today?)

Marque si tiene alguno de los siguientes problemas (Check off any of the following problems that you have):

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de aire (Shortness of breath) | <input type="checkbox"/> Asma (Asthma) | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (Heart disease) | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Sibilancia (Wheezing) | <input type="checkbox"/> Reflujo (Reflux) | <input type="checkbox"/> Apnea de Sueño (Sleep apnea) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca (Heart failure) |
| <input type="checkbox"/> Tos Crónica (Chronic cough) | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos (Night sweats) | <input type="checkbox"/> Calambres en las Piernas (Leg cramps) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) (COPD) | <input type="checkbox"/> Dolor crónico en la espalda (Chronic back pain) | <input type="checkbox"/> Tos con sangre (Coughing up blood) | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular (Stroke) |

¿Alguno no mencionado? (Any not listed) _____

¿Ha tenido alguno de lo siguientes? (Have you ever had any of the following?)

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prueba de Esfuerzo Pulmonar (Pulmonary stress test) | <input type="checkbox"/> Prueba de Función Pulmonar (PFT) | <input type="checkbox"/> Broncoscopia (Bronchoscopy) | <input type="checkbox"/> Neumonía (Pneumonia) |
| <input type="checkbox"/> Electrocardiograma (EKG) | <input type="checkbox"/> Cáncer en los pulmones (Lung cancer) | <input type="checkbox"/> Exposición a la Tuberculosis (Exposure to TB) | <input type="checkbox"/> Coágulo de Sangre (Blood Clot) |

Anote cualquier cirugía que haya tenido y la fecha aproximada en que se le realizó (List any surgeries and the approximate date they were performed):

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Historia Familiar de Antecedentes Médicos (Family history of medical problems)

Madre (Mother): _____ Hermano(s) (Brother(s)): _____

Padre (Father): _____ Otro (Other): _____

Hermana(s) (Sister(s)): _____

Historia Social (Social History)

Estado Civil Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a
(Marital Status) (Single) (Married) (Widowed) (Divorced)

¿Con quién vive? (With whom do you live): _____

¿Cuál es su ocupación? (What is your occupation): _____

¿Tiene mascotas? (Do you have any pets): Sí (Yes) No

Si contestó que sí, qué tipo (If yes, what kind): _____

¿Quién es su doctor de cabecera? _____
(Who is your primary doctor?)

¿Ve usted a algún otro especialista? _____
(Do you see any other specialists?)

¿Usted hace ejercicios (incluyendo caminar)? Sí (Yes) No
(Do you exercise (including walking))

¿Fuma cigarrillos? Actualmente Ex-fumador Nunca
(Do you smoke tobacco) (Currently) (Former) (Never)

Fecha en que Empezó (Start Date): _____

Fecha en que lo suspendió (Quit Date): _____

¿Cuántos paquetes al día? (How many packs per day) _____

¿Durante cuántos años? (For how many years) _____

¿Usted fuma cigarrillos a vapor? (Do you vape)

Actualmente (Currently) Ex-fumador (Former) Nunca (Never)

¿Usted utiliza tabaco sin humo?

Actualmente (Currently) Ex-fumador (Former) Nunca (Never)

¿Usted utiliza drogas ilícitas?

Actualmente (Currently) Ex-fumador (Former) Nunca (Never)

Enumere (List) : _____

¿Toma bebidas con cafeína? Sí (Yes) No
(Do you drink caffeinated beverages)

¿Cuántas? (How many) _____

¿Usted toma bebidas alcohólicas? (Do you drink alcohol) Sí (Yes) No

¿Cuánto? (How much) _____

¿Alguna exposición ocupacional? Sí (Yes) No
(Any occupational exposures)

Asbestos: Sí (Yes) No **¿Solventes/Químicos?** Sí (Yes) No
(Solvents/Chemicals)

¿Servicio Militar? (Military service): Sí (Yes) No

¿Exposición al agente naranja u otro? Sí (Yes) No
(Agent orange or other exposure)

Enumere: _____

Historia del Sueño (Sleep History)

¿Alguna vez ha tenido un estudio del sueño? Sí (Yes) No
(Have you ever had a sleep study)

¿Cuándo? (When) _____ ¿Dónde? (Where) _____

¿Usa una máquina de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP, por sus siglas en inglés) /BiPAP (de dos niveles)? (Are you on a CPAP/BiPAP) Sí (Yes) No

¿Usted ronca? (Do you snore) Sí (Yes) No

¿Desde cuándo? (How long) _____

¿Está empeorando? (Is it worsening) Sí (Yes) No

¿Alguien ha notado que usted deja de respirar o que jadea/se ahoga mientras duerme? Sí (Yes) No
(Has anyone noticed that you stop breathing or gasp/choke while sleeping)

¿Usted y su pareja duermen en habitaciones separadas debido a sus ronquidos o sueño inquieto? Sí (Yes) No

(Do you and your bed partner sleep in separate rooms because of your snoring or restless sleep)

¿Ha ganado peso durante el año pasado? Sí (Yes) No
(Have you gained any weight over the last year)

Si contestó que sí, ¿cuánto? (If so, how much) _____

¿Se siente somnoliento/a durante el día? Sí (Yes) No
(Do you feel sleepy during the day)

¿Tiene problemas con la memoria o la concentración?
(Do you have trouble with memory or concentration) Sí (Yes) No

¿Se irrita fácilmente? (Do you get irritable easily?) Sí (Yes) No

Historia del Sueño (continuación) (Sleep History continued)

¿Ha sentido alguna vez la súbita falta de fuerza (en brazos, piernas) como respuesta a alguna experiencia emocional? Sí (Yes) No
(Have you ever felt the sudden loss of strength (arms, legs) in response to some emotional experience?)

¿Alguna vez ha tenido sueños extraños? Sí (Yes) No
(Do you ever have bizarre dreams)

¿Alguna vez estando acostado/a en cama, se ha sentido paralizado/a? Sí (Yes) No
(Do you ever lay in bed and feel paralyzed)

¿A qué hora se acuesta? _____
(What is your bedtime)

¿A qué hora se levanta? _____
(What time do you get up)

¿Se despierta en medio de la noche? Sí (Yes) No
(Do you wake up in the middle of the night)

Si contestó que sí, ¿Cuántas veces por noche? _____
(If yes, how many times per night)

¿Se vuelve a dormir fácilmente? Sí (Yes) No
(Do you fall asleep again easily)

Escala de somnolencia de Epworth (Epworth Sleepiness Scale):

¿Qué tan probable es que pueda echarse una cabeceada ó dormirse a en las siguientes circunstancias?
(How likely are you to doze off or fall asleep in the following circumstances)

Por favor use la siguiente escala (Please use the following scale):

0 = nunca echaría una cabeceada (would never doze off)

1 = una pequeña posibilidad de echar una cabeceada (slight chance of dozing off)

2 = una posibilidad moderada de echar una cabeceada (moderate chance of dozing)

3 = una alta posibilidad de echar una cabeceada (high chance of dozing)

_____ sentado/a y leyendo (sitting and reading)

_____ mirando televisión (watching television)

_____ sentado/a inactivo/a en un sitio público (sitting inactive in a public place)

_____ de pasajero en un auto sin paradas
(while a passenger in a car without a break)

_____ acostarse para descansar en la tarde cuando las circunstancias lo permiten (lying down to rest in the afternoon when circumstances permit)

_____ sentado/a y hablando con alguien (sitting and talking to someone)

_____ sentado/a tranquilo después del almuerzo sin alcohol
(sitting quietly after lunch without alcohol)

_____ en un auto, con el tráfico detenido por unos minutos
(in a car, while stopped in traffic for a few minutes)

Puntaje Epworth (Epworth Score): _____

Fecha (Date): _____

Revisión de los síntomas (Review of Symptoms) (Por favor marque la casilla de cualquier síntoma que tenga)

General (Constitutional)

- Cambio de actividad (Activity change)
- Cambios en el apetito (Appetite change)
- Escalofríos (Chills)
- Sudor excesivo (Excessive sweating)
- Fatiga (Fatigue)
- Fiebre (Fever)
- Cambio de peso inesperado (Unexpected weight change)

Ojos (Eyes)

- Secreción de los Ojos (Eye discharge)
- Comezón en los Ojos (Eye itching)
- Dolor en los Ojos (Eye pain)
- Sensibilidad a la luz (Light sensitivity)
- Trastornos visuales (Visual disturbance)

Endocrino (Endocrine)

- Intolerancia al frío (Cold intolerance)
- Intolerancia al calor (Heat intolerance)
- Sed excesiva (Excessive thirst)
- Hambre excesiva (Excessive hunger)
- Orina excesiva (Excessive urine)

Alergias/Inmunología

(Allergy/Immunology)

- Alergias ambientales (Environmental allergies)
- Alergias Alimentarias (Food allergies)
- Inmunodeprimido (Immunocompromised)

Cabeza, oídos, nariz, garganta

(HENT)

- Constipación (Congestion)
- Problemas dentales (Dental problem)
- Babeo (Drooling)
- Secreción del oído (Ear discharge)
- Dolor de oído (Ear pain)
- Hinchazón Facial (Facial swelling)
- Pérdida de la audición (Hearing loss)
- Llagas en la boca (Mouth sores)
- Sangrado nasal (Nosebleeds)
- Goteo en el fondo de la nariz (Postnasal drip)
- Nariz escurrenda (Runny nose)
- Presión en los senos paranasales (Sinus pressure)
- Estornudos (Sneezing)

Cabeza, oídos, nariz, garganta

continuación (HENT continued)

- Dolor de Garganta (Sore throat)
- Zumbido en los oídos (Ringing in ears)
- Dificultad para tragar (Trouble swallowing)
- Cambio en la voz (Voice change)

Respiratorio (Respiratory)

- Apnea
- Opresión en el Pecho (Chest tightness)
- Ahogo (Choking)
- Tos (Cough)
- Falta de aire (Shortness of breath)
- Estridor (Stridor)
- Sibilancia (Wheezing)

Neurológico (Neurological)

- Mareo (Dizziness)
- Asimetría facial (Facial asymmetry)
- Dolores de cabeza (Headaches)
- Sensación de desmayo (Lightheadedness)
- Entumecimiento (Numbness)
- Convulsiones/Ausencias (Seizures)
- Dificultad para hablar (Speech difficulty)
- Síncope (Syncope)
- Temblores (Tremors)
- Debilidad (Weakness)

Genitourinario (GU)

- Dificultad para orinar (Difficulty urinating)
- Dolor al Orinar (Painful urination)
- Mojar la cama (Bed wetting)
- Dolor de costado (Flank pain)
- Frecuencia para orinar (Frequency)
- Llagas genitales (Genital sore)
- Sangre en la orina (Blood in urine)
- Dolor menstrual (Menstrual pain)
- Dolor pélvico (Pelvic pain)
- Urgencia para orinar (Urgency)
- Disminución de la orina (Urine decreased)
- Sangrado vaginal (Vaginal bleeding)
- Flujo Vaginal (Vaginal discharge)
- Dolor vaginal (Vaginal pain)

El sueño (Sleep)

- Fatiga matutina (Morning fatigue)
- Dolor de cabeza matutino (Morning headache)
- Excesivo sueño durante el día (Excessive daytime sleepiness)
- Orinar durante la noche (Nighttime urination)
- Constipación en los senos paranasales (Sinus congestion)
- Roncar (Snoring)
- Piernas Inquietas (Restless legs)
- Resequedad en la boca (Dry mouth)
- Dificultad para concentrarse (Trouble concentrating)

Muscular

- Artralgias (Arthralgias)
- Dolor de espalda (Back pain)
- Problemas con la marcha (Gait problem)
- Inflamación en las articulaciones (Joint swelling)
- Dolores musculares (Muscle pain)
- Dolor del cuello (Neck pain)
- Rigidez del cuello (Neck stiffness)

Hematológico (Hematologic)

- Adenopatía (Adenopathy)
- Moretones/Sangra fácilmente (Bruises/bleeds easily)

Cardiovascular

- Dolor en el pecho (Chest pain)
- Hinchazón de las piernas (Leg swelling)
- Palpitaciones (Palpitations)

Gastrointestinal

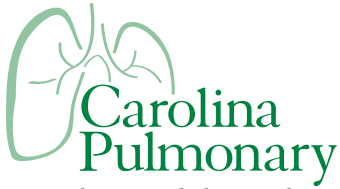
- Distensión Abdominal (Abdominal distention)
- Dolor abdominal (Abdominal pain)
- Sangrado anal (Anal bleeding)
- Sangre en las heces (Blood in stool)
- Estreñimiento (Constipation)
- Diarrea (Diarrhea)
- Náusea
- Dolor en el recto (Rectal pain)
- Vómito (Vomiting)

Piel (Skin)

- Cambio de Color (Color change)
- Palidez (Paleness)
- Sarpullido (Rash)
- Herida (Wound)

Psiquiátrico (Psychiatric)

- Agitación (Agitation)
- Problemas de comportamiento (Behavior problem)
- Confusión
- Disminución de la concentración (Decreased concentration)
- Estado de ánimo disfórico (Dysphoric mood)
- Alucinaciones (Hallucinations)
- Hiperactividad (Hyperactive)
- Nervioso(a)/ansioso(a) (Nervous/anxious)
- Lesión autoinfligida (Self-injury)
- Trastorno del sueño (Sleep disturbance)
- Ideas suicidas (Suicidal ideas)



Critical Care and Sleep Medicine
Un Consultorio de Lexington Medical Center

Formulario Universal de Medicamentos

Lexington Medical Park 1
2728 Sunset Boulevard, Sala 104, West Columbia, SC 29169
Teléfono: (803) 256-0464 • Fax: (803) 254-5121
CarolinaPulmonaryLMC.com

Northeast Columbia
3016 Longtown Commons Drive, Sala 405, Columbia, SC 29229
Teléfono: (803) 936-8900 • Fax: (803) 935-8667

Nombre (Name): _____

Fecha de Nacimiento (Birth date): _____

Dirección (Address): _____

Número de Teléfono (Phone number): _____

Farmacia de Preferencia: _____
(Preferred Pharmacy)

Fecha en que se empezó este formulario: _____
(Date form started)

Contactos de Emergencia (nombre y número de teléfono)
(Emergency Contacts (name and number))

1 _____ () _____ - _____

2 _____ () _____ - _____

Compañía de Equipo Médico Duradero: _____
(DME Company)

REGISTRO DE VACUNAS (Si sabe la fecha/el año de la última dosis administrada, anótela/lo) <small>(Immunization Record (Record the date/year of the last dose taken, if known))</small>		
Tétano (Tetanus): _____	Vacuna(s) contra la Influenza (Flu Vaccine(s)): _____	Otra (Other): _____
Vacuna contra la Neumonía (Pneumonia Vaccine): _____	Vacuna contra la hepatitis (Hepatitis Vaccine): _____	

Alérgico/a a <small>(Allergic To)</small>	Describe la Reacción <small>(Describe Reaction)</small>	Alérgico/a a <small>(Allergic To)</small>	Describe la Reacción <small>(Describe Reaction)</small>

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÉ TOMANDO ACTUALMENTE (List all medicines you are currently taken):
medicamentos recetados y sin receta (por ejemplo: aspirina, antiácidos) e hierbas (ejemplos: ginseng, ginkgo). Incluya los medicamentos que se toma según sea necesario (por ejemplo: nitroglicerina).

Fecha <small>(Date)</small>	Nombre del Medicamento y la Dosis <small>(Name of Medication and Dose)</small>	Indicaciones <small>(Directions):</small> Use patient friendly directions. <small>(Do not use medical abbreviations.)</small>	Fecha en que lo suspendió <small>(Date Stopped)</small>	Notes: Razón por la cual lo toma y nombre del Médico <small>(Notes: Reason for taking and Doctors Name)</small>